

Antykoncepcja awaryjna – świadomość młodych kobiet z terenu Górnego Śląska

Emergency contraception – awareness among young women from Upper Silesia Region

Folwarczny Wiesław, Szpak Rafał, Bugała- Szpak Justyna, Drosdzol Agnieszka, Szuścik Adam, Skrzypulec Agnieszka, Skrzypulec Violetta

Katedra Zdrowia Kobiety, Zakład Profilaktyki Chorób Kobiecych i Seksuologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Cel pracy: Ocena rozpowszechnienia, akceptacji oraz świadomości młodych kobiet na temat antykoncepcji awaryjnej.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto grupę 396 studentek śląskich uczelni w wieku 19-29 lat. Narzędziem badawczym był samodzielnie przygotowany kwestionariusz zawierający pytania dotyczące m.in. życia seksualnego, rodzaju stosowanej antykoncepcji oraz częstości stosowania antykoncepcji awaryjnej. Analizę statystyczną wykonano w oparciu o program Statistica 6.0.

Wyniki: Średnia wieku badanych wynosiła 22,1 ($\pm 1,54$) lat. Większość respondentek była po inicjacji seksualnej (66%), a średnia wieku inicjacji seksualnej wynosiła 19,1 lat. Niemal wszystkie badane słyszały o antykoncepcji awaryjnej, ale większość uznaje antykoncepcję awaryjną za niebezpieczną metodę. Dla prawie połowy badanych kobiet jest ona utożsamiana z działaniem wczesnoporonnym. Większość respondentek nie zastosowałaby żadnej z metod antykoncepcji awaryjnej, podając za główny powód bycie przeciwnym aborcji lub niezgodność z poglądami. 12,7% kobiet po inicjacji seksualnej zastosowało antykoncepcję po stosunku, z czego 10 (3,7%) kobiet więcej niż raz.

Wnioski: Stosowanie antykoncepcji awaryjnej u studentek śląskich uczelni związane jest z niestosowaniem żadnego zabezpieczenia podczas kontaktu płciowego. Antykoncepcja awaryjna utożsamiana jest często przez młode kobiety z działaniem wczesnoporonnym. Wiedza na temat antykoncepcji awaryjnej wśród studentek śląskich uczelni wydaje się być niewystarczająca.

Key words: **antykoncepcja awaryjna / studentki / lewonorgestrel / stosunek seksualny /**

Adres do korespondencji:

Violetta Skrzypulec
Katedra Zdrowia Kobiety
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice, tel. 32 208 87 30;
e-mail: violaskrzypulec@o2.pl

Otrzymano: 27.07.2009
Zaakceptowano do druku: 20.10.2009

Abstract

Objectives: Evaluation of prevalence, acceptation and awareness about emergency contraception among young woman from Upper Silesia region.

Material and Methods: A questionnaire study was performed in a group of 396 female students of Silesia colleges and universities, aged from 19 to 29. Self-prepared questionnaire was used to evaluate the research group. We asked questions about sexual life, birth control and emergency contraception. Statistica 6.0 software was used for statistical analysis.

Results: Mean age of the respondents was 22.1 (± 1.54) years. Most of the respondents were sexually active (66%), mean age of the first sexual intercourse was 19.1 years. Almost all of the respondents heard about emergency contraception, but the majority claimed that it was not a safe method of birth control and should not be administered without prescription. Half of the women perceived emergency contraception as an abortive method. Thus, most of them would not use any kind of emergency contraception, the reason being either that they were against abortion or that the very concept of emergency contraception was against their personal beliefs. 12.7% of the sexually active woman applied emergency contraception and 10 women (3.7%) used it more than once.

Conclusions: The use of emergency contraception among young woman from Upper Silesia is connected with sexual intercourse without protection.

Those young women identify emergency contraception as an abortive method.

Knowledge about emergency contraception in this group is not only limited but also incorrect.

Słowa kluczowe: **emergency contraception / students / levonorgestrel / sexual intercourse /**

Wstęp

Antykoncepcja awaryjna to forma zapobiegania ciąży po niezabezpieczonym stosunku płciowym lub w przypadku potencjalnego niepowodzenia stosowanej antykoncepcji [1]. Często używane określenia takie jak: tabletki dnia następnego, czy antykoncepcja postkoitalna, są mało czytelne dla kobiet, dlatego preferowany termin, to antykoncepcja awaryjna (*Emergency Hormonal Contraception* - EHC) [1-5]. Liczne kontrowersje dotyczące stosowania hormonalnej antykoncepcji awaryjnej wynikają głównie z niewiedzy dotyczącej mechanizmu jej działania wśród potencjalnych pacjentek [6].

Mechanizm działania antykoncepcji awaryjnej nie jest całkowicie wyjaśniony. Większość danych sugeruje, iż polega on w większym stopniu na hamowaniu owulacji, niż zapobieganiu implantacji zapłodnionego jaja [1, 13]. Zgodnie z aktualną wiedzą 0,75mg LNG (lewonorgestrel) zastosowany dwa razy w odstępie 12 godzin działa głównie poprzez hamowanie lub opóźnianie owulacji oraz wpływ na implantację zarodka [7, 10]. Nie zaobserwowano żadnego efektu EC na zaimplantowaną ciążę [8, 10].

Aktualnie dostępne są trzy metody antykoncepcji awaryjnej. Najczęściej jest to podwójna dawka lewonorgestrelu (LNG), określana jako POEC - *Progestagen Only Emergency Contraception*. Według zaleceń powinna być zastosowana jak najszybciej po niezabezpieczonym stosunku, maksymalnie do 72 godzin. Największą skuteczność tej metody udokumentowano po jej zastosowaniu w ciągu pierwszych 24 godzin. Polega ona na przyjęciu 0,75mg LNG zaraz po ryzykownym stosunku oraz drugiej dawki 12 godzin później (Postinor Duo), lub jednorazowo dawkę 1,5mg (Escapelle).

Alternatywą jest zastosowanie dwuskładnikowej tabletki antykoncepcyjnej (DTA), zwanej także jako metoda Yuzpe (od nazwy kanadyjskiego ginekologa Alberta Yuzpe, który pierwszy zademonstrował użycie DTA jako antykoncepcji awaryjnej).

Według zaleceń powinna być użyta jak najszybciej po niezabezpieczonym stosunku i ponownie po 12 godzinach. Jej skuteczność podobnie jak POEC jest największa w pierwszych 24 godzinach. Metoda ta stosowana jest w krajach, gdzie nie jest dostępny LNG. Metoda Yuzpe polega na podaniu 100 mikrogramów ethinyloestradiolu i 0,5mg lewonorgestrelu podzielonych w dwóch dawkach.

Kobietom, które rodziły można polecić założenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej zawierającej miedź (IUD – *Intruterine Device*) do 5-7 dni po najbardziej prawdopodobnym terminie jajeczkowania. Wpływając na właściwości *endometrium*, zapobiega ona implantacji zarodka. Jest ona bardzo skuteczna (99%).

W celach antykoncepcji awaryjnej nie stosuje się systemów uwalniających LNG, ze względu na opóźnione działanie. WHO wprowadziło jeszcze jeden związek o działaniu antyprogestagennym – mifepriston. Badania nad mifepristonem dowodzą o podobnej skuteczności oraz bezpieczeństwie stosowania jak LNG (niestosowany w Polsce). Wykazano, że POEC ma mniej działań niepożądanych, zwłaszcza wymiotów i przeciwwskazań niż metoda Yuzpe [10]. Skuteczność hormonalnej antykoncepcji awaryjnej szacowana jest na 75-85% [6]. Przy czym im szybciej jest zastosowana, tym wyższa jest jej skuteczność. W Stanach Zjednoczonych najczęściej używanymi preparatami są Plan B (1,5mg LNG) oraz CopperT 380A (wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca miedź).

EHC stosowana jest w przypadku braku antykoncepcji podczas stosunku płciowego lub niepowodzenia zastosowanej antykoncepcji.

Takie okoliczności towarzyszą głównie młodym kobietom, które mają więcej niż jednego partnera, stosujące głównie prezerwatywy jako formę zabezpieczenia [17]. Istnieją także szczególne sytuacje, jak: gwałt, czy stosunek kazirodczy, gdzie antykoncepcja awaryjna jest metodą standardowego postępowania.

Według danych *World Health Organization* połowa z kobiet zachodzących co roku w ciążę nie akceptuje jej, 50mln usuwa ciążę, z czego 20mln w sposób niebezpieczny, szacuje się, że co 5 min. ginie z tego powodu jedna kobieta. W tym kontekście alternatywą dla uniknięcia powyższych sytuacji może być zastosowanie EHC.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wiedzy na temat stosowania antykoncepcji awaryjnej oraz jej rozpowszechnienie wśród młodych kobiet zamieszkujących teren Górnego Śląska.

Materiał i metody

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 396 kobiet w wieku od 19 do 29 lat, oceniając rozpowszechnienie stosowania EHC oraz wiedzę na temat tej formy antykoncepcji.

Populację badaną stanowiły studentki śląskich uniwersytetów: Uniwersytet Śląski, Akademia Ekonomiczna, Akademia Wychowania Fizycznego, Śląski Uniwersytet Medyczny. Narzędziem badawczym był samodzielnie skonstruowany kwestionariusz składający się z 47 pytań, podzielonych na kilka części.

I część zawierała pytania dotyczące wieku, płci, miejsca zamieszkania, stosunku do religii oraz stosowanych używek.

II część zawierała pytania dotyczące życia seksualnego, wieku inicjacji seksualnej, ilości partnerów seksualnych i relacji z nimi oraz satysfakcji z życia seksualnego (relacje z partnerem oraz satysfakcja z życia seksualnego oceniane były w skali 1-5 (gdzie wartości bliżej „1” oznaczały złe, zaś te zbliżone do „5” - bardzo dobre wyniki).

W III części kwestionariusza pytano o historię reprodukcji oraz charakterystykę miesiączkowania.

IV część zawierała pytania dotyczące stosowanej antykoncepcji, częstości współżycia bez zabezpieczenia.

W ostatniej V części zawarto pytania dotyczące antykoncepcji awaryjnej (były to między innymi pytania o wiedzę na temat antykoncepcji awaryjnej, okoliczności jej stosowania, działań ubocznych oraz zaufania do tej formy antykoncepcji).

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu Statistica 6.0 firmy Statsoft.

W obliczeniach statystycznych zastosowano test χ^2 oraz analizę wieloczynnikową.

Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 22,1 ($\pm 1,54$) lat. Większość badanych była po inicjacji seksualnej (66%), a średnia wieku inicjacji wynosiła 19,1 ($\pm 1,59$) lat. Spośród 396 badanych kobiet 265 (66,9%) była aktywna seksualnie, a 34 kobiety zastosowały antykoncepcję awaryjną (12,8%), z czego 10 (29%) kobiet więcej niż raz.

Analizie poddano studentki czterech śląskich uczelni: Uniwersytet Śląski 29,8% (n=118), Akademia Ekonomiczna 22,4% (n=89), Akademia Wychowania Fizycznego 9,34% (n=37), Śląski Uniwersytet Medyczny 38,4% (n=152). Grupę badaną podzielono na dwie podgrupy: kobiety, które zastosowały EHC oraz te, które jej nie zastosowały.

Wiek inicjacji seksualnej w grupie kobiet, które zastosowały EHC wynosił 18 ($\pm 1,4$) lat, natomiast w grupie, która nie stosowała EHC 19 ($\pm 2,1$) lat ($p < 0,005$). 81% kobiet z grupy, która zastosowała EHC posiadała więcej niż jednego partnera seksualnego w swoim życiu, natomiast w grupie niestosującej tylko 48% posiadało więcej niż jednego partnera.

W obu podgrupach więcej niż połowa badanych posiadała stałego partnera, przy czym w podgrupie kobiet stosujących EHC relacje z partnerem oceniane w skali 1-5 (gdzie wartości bliżej „1” oznaczały złe, zaś te zbliżone do „5” oznaczały bardzo dobre relacje z partnerem) były niższe niż w grupie kobiet niestosujących EHC (4,4 ($\pm 0,70$) vs 4,7 ($\pm 0,6$) $p < 0,005$). (Tabela 1).

26% kobiet z grupy stosujących EHC zaakceptowałyby aborcję, natomiast z grupy niestosującej EHC 9% badanych akceptowało aborcję ($p < 0,007$).

Częstość współżycia bez jakiegokolwiek zabezpieczenia przedstawiała się podobnie w obu podgrupach, natomiast aktywność seksualna była większa w grupie kobiet stosujących EHC: niespełna 50% współżyła kilka razy w tygodniu, natomiast w grupie niestosujących EHC 30% współżyła kilka razy w tygodniu ($p < 0,027$). (Wykres 1).

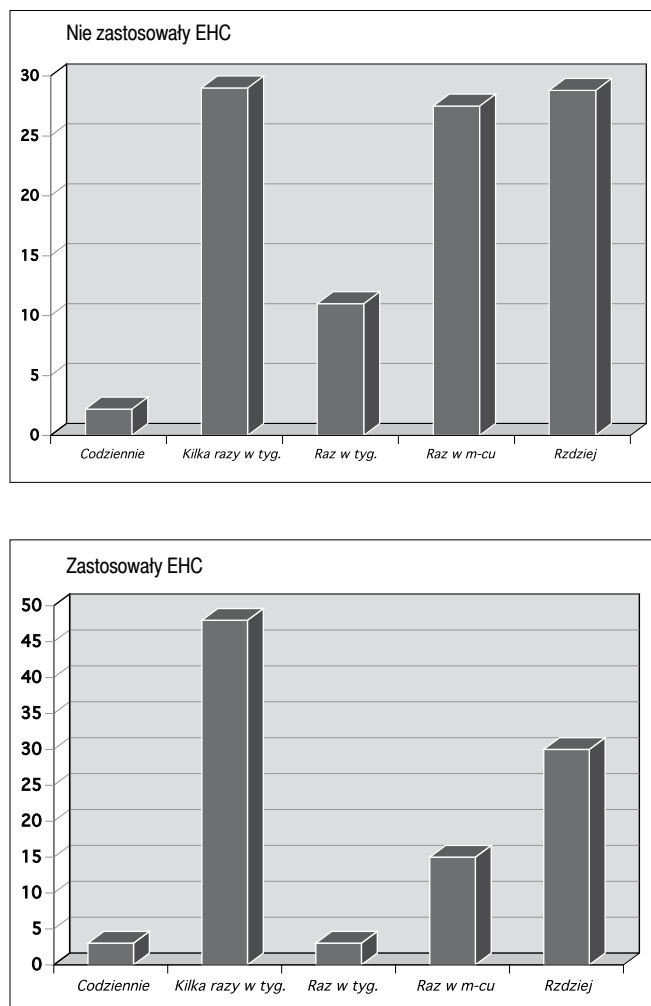
Kobiety, które zastosowały EHC w 80% akceptowały tę formę antykoncepcji, natomiast tylko 49% z grupy niestosujących EHC twierdziło, że akceptuje EHC ($p < 0,009$).

Chęć zastosowania EHC w awaryjnej sytuacji wyraziło 49% kobiet z grupy niestosujących EHC, z kolei 100% kobiet, które zastosowały EHC, wyraziło chęć ponownego zastosowania, gdyby nastąpiła taka okoliczność.

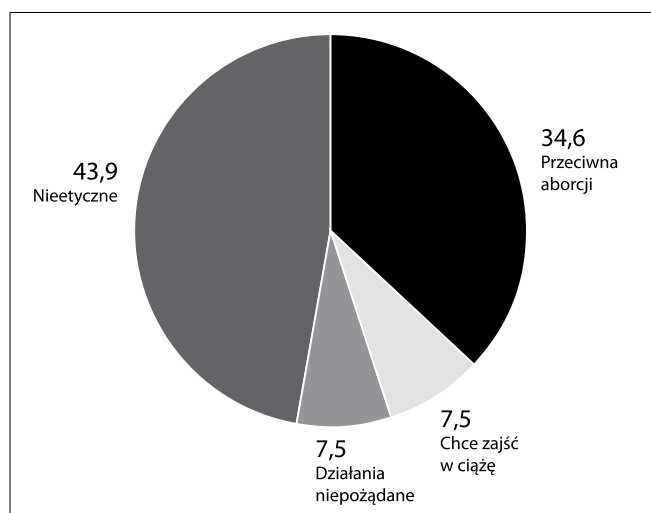
Główne powody, dla których kobiety nie chciały zastosować EHC były następujące: 43% uważała to za nieetyczne, 34,6% była przeciwna aborcji, 7,5% chciała zająć w ciążę, a pozostała część ze względu na działania niepożądane. (Wykres 2).

Tabela 1. Ogólna charakterystyka grupy badanej.

	Uczelnie medyczne (N=152)	Uczelnie niemedyczne (N=245)	Zastosowały EHC (N=34)	Nie zastosowały EHC (N=363)
Wiek	21,9 SD 1,7	22,5 SD 1,1	22,4 SD 1,7	22,3 SD 1,7
Wiek inicjacji seksualnej	18,5 SD 2,4	19,2 SD 1,8	18 SD 1,4	19 SD 2,1
Ilość partnerów	1,1 SD 0,3	1,4 SD 1,9	1,3 SD 0,9	1,3 SD 1,5
Relacje z partnerem	4,6 SD 0,5	4,6 SD 0,7	4,4 SD 0,7	4,7 SD 0,6
Zadowolenie z życia seksualnego	4,3 SD 0,8	4,2 SD 0,9	4,3 SD 0,8	4,3 SD 0,9



Wykres 1. Aktywność seksualna kobiet w grupie stosującej i niestosującej EHC.



Wykres 2. Powody niezastosowania EHC wśród kobiet.

Natomiast głównymi powodami zastosowania EHC były: 36,3% brak jakiegokolwiek zabezpieczenia podczas stosunku płciowego, 36,3% pęknięcie prezerwatywy, 24% ze względu na brak zaufania do stosowanej formy antykoncepcji, tj. dopochwowych środków plemnikobójczych.

Najczęściej stosowaną formą antykoncepcji awaryjnej była podwójna dawka lewonorgestrelu (88%), na drugim miejscu kobiety stosowały metodę Yuzpe.

Grupa badanych kobiet, która nie zastosowała EHC u siebie w znacznej większości uważa EHC jako alternatywę aborcji 92,8%, w grupie stosującej EHC tylko 14,7% badanych myślało w ten sposób ($p < 0,00001$). Analogicznie przedstawia się kwestia działania poronnego EHC (85% vs 43%, $p < 0,0001$). Podobnie wygląda ocena bezpieczeństwa stosowania EHC: dla 64% kobiet z grupy stosującej EHC jest to metoda bezpieczna, w drugiej grupie 30% badanych uważała EHC za bezpieczną formę antykoncepcji ($p < 0,0001$).

Pytając o potrzebę dostępu do EHC bez recepty obie grupy w mniejszości popierały ten pomysł. Warto zaznaczyć, że prawie 60% kobiet z grupy stosującej EHC miało duże obawy przed zastosowaniem tej formy antykoncepcji u siebie.

Głównym źródłem wiedzy na temat EHC w obu grupach byli rówieśnicy, w dalszej kolejności czasopisma, a następnie Internet i lekarz. Kobiety, które zgłosiły się do lekarza po receptę, zostały w większości pouczone jak stosować EHC (67%), lekarz w większości wytłumaczył działanie leku i ostrzegł przed możliwymi skutkami ubocznymi (88%), natomiast 20% kobiet miało problem ze zdobyciem recepty na lek.

W badaniu poddano analizie także rodzaj uczelni na jakiej studiowały kobiety biorące udział w badaniu. Dla analizy statystycznej grupy zostały podzielone na studentki uczelni medycznych ($N=152$) oraz uczelni niemedycznych ($N=244$). Grupy były jednorodne pod względem wieku, wieku inicjacji, ilości partnerów oraz relacji z partnerem. Natomiast różniły się pod względem częstości stosowania EHC (13,25% vs 5,75%, $p=0,009$).

Analiza wieloczynnikowa wykazała, że wiek inicjacji seksualnej oraz rodzaj uczelni wpływały na prawdopodobieństwo zastosowania EHC. Częściej stosowały ją studentki uniwersytetu medycznego ($OR=2,69$) oraz te, które wcześniej zaczynały współżycie seksualne ($OR=0,65$).

Dyskusja

Mała wiedza na temat EHC w grupie młodych kobiet oraz utożsamianie jej z działaniem wczesnoporonnym może nieść za sobą poważne konsekwencje dla kobiet. Podobne wyniki zaobserwowano w innych badaniach przeprowadzonych na studentkach pierwszego roku w krajach Afryki oraz w Indiach [15, 16, 17]. Badania przeprowadzone na studentkach studiujących w Stanach Zjednoczonych oceniają wiedzę na temat EHC jako zadowalającą, nie mniej jednak mylono ją z pigułką Ru-486 (mifepriston) [18, 19]. Badanie przeprowadzone wśród Fińskiej młodzieży dowodzi, że zwiększony dostęp do EHC wzmacnia jej użycie, ale nie zmniejsza liczby niechcianych ciąż [20]. Nie obserwuje się negatywnego wpływu EHC na rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych drogą płciową [21].

Nie ulega wątpliwości, że wiedza oraz rozpowszechnienie EHC powinno być większe zwłaszcza, że badania z kilku źródeł pokazują, iż wzrastająca wiedza na temat EHC oraz większy

dostęp do tej metody, nie wiążą się z wzrostem poziomu niezabezpieczonych stosunków [11]. Ponadto stosowanie EHC nie wpływa negatywnie na zdrowie seksualne oraz ogólną liczbę ciąż w populacji, używanie prezerwatyw, czy liczbę chorób przenoszonych drogą płciową [22, 20]. Liczne badania potwierdzają tezę, iż zwiększony dostęp do antykoncepcji awaryjnej wiąże się ze zwiększonym jej użyciem, wtedy gdy zachodzi taka potrzeba ale nie wiąże się z jej rutynowym używaniem, nie zwiększa liczby ryzykownych zachowań seksualnych młodych kobiet [23]. Proponowane jest zaopatrzenie kobiet z góry w EHC, w celu promocji tej metody. Kliniczne badania oraz metaanalizy pokazują, że zaopatrzenie kobiet z góry, czyli przed stosunkiem płciowym, w EHC nie wpływa niekorzystnie na zachowania seksualne, czy regularne stosowanie antykoncepcji ale nie zmniejsza też ilości ciąż i aborcji. Dlatego też EHC z wykorzystaniem LNG powinna być stosowana w przypadku niepowodzenia innych metod antykoncepcji, a nie jako forma pierwszego rzutu wobec bardziej skutecznych metod antykoncepcji [24].

Głównym powodem zastosowania EHC było pęknięcie lub ześlizgnięcie się prezerwatywy oraz brak jakiegokolwiek zabezpieczenia. Zatem prawie 70% kobiet, które zastosowały EHC korzystało również z jakiegokolwiek innego zabezpieczenia.

Większość kobiet miała obawy przed zastosowaniem tej metody (60%), dlatego bardzo ważna jest tutaj rola lekarza, by wytłumaczyć i pouczyć, że działania niepożądane POEC są niegroźne, analogiczne do działań niepożądanych tabletki antykoncepcyjnej. Kobieta pytająca ginekologa o poradę powinna być odpowiednio pouczona, gdyż jak wynika z badań na prawie 400 osobowej grupie, wiedza ta jest nie tylko niewystarczająca, ale jest to również wiedza błędna.

Antykoncepcja awaryjna może zapobiec ciąży, ale uważa się, że jej użycie jest zbyt małe. Zwiększenie używania EHC jest powszechnie uważane jako rozwiązanie problemu wzrastających ilości nieplanowanych ciąż oraz aborcji [19, 20].

Wnioski

Stosowanie antykoncepcji awaryjnej wśród młodych kobiet z Górnego Śląska związane jest z niestosowaniem żadnego zabezpieczenia podczas kontaktu płciowego.

Antykoncepcja awaryjna utożsamiana jest z działaniem wczesnoporonnym oraz uważana za metodę niebezpieczną.

Wiedza na temat antykoncepcji awaryjnej jest niewystarczająca ale i błędna. Świadomość oraz wiedza na temat EC powinny być większe, a edukacja w tym zakresie powinna należeć do lekarza.

Piśmiennictwo

1. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2006). Emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2006, 32, 121-128.
2. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. Emergency contraception (April 2003). *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2003, 29, 9-16.
3. Norris Turner A, Ellertson C. How safe is emergency contraception? *Drug Saf*. 2002, 25, 695-706.
4. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998, 352, 428-433.

5. Ho P, Kwan M. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. 1993, 8, 389-392.
6. Weismiller D. Emergency contraception. *Am Fam Physician*. 2004, 70, 707-714.
7. Croxatto H, Brache V, Pavez M, [et al.]. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception*. 2004, 70, 442-450.
8. Hayes M, Hutchings J, Hayes P. Reducing unintended pregnancy by increasing access to emergency contraceptive pills. *Matern Child Health J*. 2000, 4, 203-208.
9. Jones R, Darroch J, Henshaw S. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002, 34, 294-303.
10. Kubba A. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*. 1998, 352, 428-433.
11. Black K, Mercer C, Johnson A, [et al.]. Sociodemographic and sexual health profile of users of emergency hormonal contraception: data from a British probability sample survey. *Contraception*. 2006, 74, 309-312.
13. Gemzell-Danielsson K. Effects of levonorgestrel on ovarian function when used for emergency contraception. *Minerva Ginecol*. 2006, 58, 205-207.
14. Bastianelli C, Farris M, Di Miscia A. Emergency contraception. *Minerva Ginecol*. 2006, 58, 193-204. Italian.
15. Abasiattai A, Umoyioho AJ, Bassey E, [et al.]. Misconception of emergency contraception among tertiary school students in Akwa Ibom State, South-south, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2007, 10, 30-34.
16. Byamugisha J, Mirembe F, Faxeid E, [et al.]. Emergency Contraception and Fertility awareness among University Students in Kampala, Uganda. *Afr Health Sci*. 2006, 6, 194-200.
17. Puri S, Bhatia V, Swami H, [et al.]. Awareness of emergency contraception among female college students in Chandigarh, India. *Indian J Med Sci*. 2007, 61, 338-346.
18. Harper C, Ellertson C. The emergency contraceptive pill: a survey of knowledge and attitudes among students at Princeton University. *Am J Obstet Gynecol*. 1995, 173, 1438-1445.
19. Corbett P, Mitchell C, Taylor J, [et al.]. Emergency Contraception: Knowledge and perceptions in a university population. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006, 18, 161-168.
20. Raymond E, Trussell J, Polis C. Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2007, 109, 181-188.
21. Raymond E, Steward F, Weaver M, [et al.]. Impact of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006, 108, 1098-1106.
22. Polis C, Schaffer K, Blanchard K, [et al.]. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007, CD005497.
23. Harper C, Cheong M, Rocca C, [et al.]. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol*. 2005, 106, 483-491.
24. Saravi F. Emergency contraception with levonorgestrel. *Medicina (B Aires)*. 2007, 67, 481-490. Spanish.